

Aleksandra Andysz, Dorota Merecz

Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi, Zakład Psychologii Pracy
Kierownik zakładu: dr n. med. D. Merecz

Psychologiczne konsekwencje przewlekłych chorób układu oddechowego. Rola personelu medycznego w ich przezwyciężaniu

Psychological consequences of chronic lungs diseases. The role of medical staff in treatment of psychological problems

Praca wykonana w ramach projektu pt. „Opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powroty do pracy osób z pylicą”. Numer projektu: WND-POKL.02.03.01-00-002/08. Kierownik projektu: dr n. med. Ewa Wągrow ska-Koski.

Abstract

Contemporary medicine allows to improve efficiency of sick organs and relief the pain to a large extent, but there is still too little awareness of psychological aspect of suffering among physicians. Although, considerable percentage of people with chronic lungs diseases experience mental disorders such as depression and anxiety, there is no common practice of including psychological care into the treatment protocol.

Article highlights the importance of development of knowledge about psychological consequences of chronic lungs diseases among physicians as an early diagnosis of mental health disturbances is crucial for general health status and functioning in this group of patients. Necessity of cooperation with mental health specialists was also shown. It is important to create interdisciplinary teams for improvement of treatment outcomes and and patients' quality of life.

Key words: chronic lungs disease, mental health disorders

Pneumonol. Alergol. Pol. 2012; 80, 4: 329–338

Streszczenie

Współczesna medycyna pozwala poprawiać wydolność niesprawnych organów i w znacznym stopniu uśmierzać ból fizyczny, niestety w procesie leczenia pacjentów wciąż zbyt mało miejsca poświęca się psychicznemu wymiarowi cierpienia. Tymczasem w populacji chorujących na przewlekłe choroby układu oddechowego znaczny odsetek osób doświadcza zaburzeń zdrowia psychicznego w postaci depresji i zaburzeń lękowych.

Artykuł dotyczy czynników ryzyka wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym, które są następstwem choroby somatycznej. Zwrócono uwagę na znaczenie poszerzania wśród lekarzy wiedzy na temat psychicznych konsekwencji przewlekłych chorób układu oddechowego, aby mogli dostrzegać symptomy pogarszania się stanu zdrowia psychicznego u pacjentów i w porę im przeciwdziałać. Wskazano także na konieczność współdziałania lekarzy ze specjalistami zajmującymi się zdrowiem psychicznym. Współpraca taka jest w wielu przypadkach warunkiem skuteczności leczenia i wpływa na poprawę jakości życia pacjentów.

Słowa kluczowe: przewlekła choroba układu oddechowego, zaburzenia zdrowia psychicznego

Pneumonol. Alergol. Pol. 2012; 80, 4: 329–338

Adres do korespondencji: mgr Aleksandra Andysz, Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi, Zakład Psychologii Pracy, ul. św. Teresy 8, 91–348 Łódź, tel.: (42) 631 45 97, e-mail: andysz@imp.lodz.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.08.2011 r.
Copyright © 2012 Via Medica
ISSN 0867–7077

Całościowy obraz kliniczny i stan pacjentów chorujących na przewlekłe choroby układu oddechowego zależy od wielu czynników. Do najważniejszych zalicza się: wiek chorego, palenie tytoniu, występowanie przewlekłego procesu zapalnego, wieloczynnikowych interakcji prowadzących do zmian ogólnoustrojowych, interakcje lekowe, a także zaniedbania w rozpoznawaniu, monitorowaniu i leczeniu chorób współwystępujących [1]. Doświadczanie przewlekłej choroby układu oddechowego wiąże się ze szczególnym wymiarem cierpienia fizycznego, którego źródłem są trudności w wykonywaniu miarowej i powtarzającej się czynności, jaką jest oddychanie, jednak nie można zapominać o tym, że szeroką gamę dolegliwości współwystępujących z przewlekłymi chorobami układu oddechowego stanowią problemy psychiczne.

W czasach, gdy współczesny stan medycyny pozwala poprawiać wydolność niesprawnych organów i w znacznym stopniu uśmierzać ból fizyczny, niestety wciąż zbyt mało miejsca poświęca się psychicznemu wymiarowi cierpienia. Tymczasem w populacji chorujących na przewlekłe choroby układu oddechowego znaczny odsetek osób doświadcza psychicznych konsekwencji choroby w postaci depresji i zaburzeń lękowych. Chcielibyśmy zwrócić szczególną uwagę na te aspekty psychicznych trudności przeżywanych przez pacjentów w przewlekłych chorobach układu oddechowego, w których lekarze, rehabilitanci i ogólnie rozumiany personel medyczny mają szczególną rolę do odegrania, jako osoby bezpośrednio udzielające pomocy.

Zmiany w życiu chorego

Stwierdzenie, że doświadczanie przewlekłej choroby rewolucjonizuje życie, nie jest przesadne. Jak każde zdarzenie niosące ze sobą cierpienie, znajduje wyraźne odbicie w jakości życia osoby chorującej. Obniżenie jakości życia w przypadku chorób układu oddechowego jest spowodowane przede wszystkim uciążliwym i przewlekłym charakterem objawów fizjologicznych — dusznością, kaszlem, produkcją wydzieliny płuc połączonych z postępującym obniżeniem wydolności układu oddechowego. W opinii chorych szczególnie trudnym symptomem choroby są napady duszności, które u wielu osób wywołują lęk i stres [2]. Spadek wydolności układu oddechowego prowadzi do utraty sprawności fizycznej i wymusza na osobie, często daleko idące, zmiany w dotychczasowym sposobie życia. Może doprowadzić do rezygnacji z wykonywanej pracy, z uczestnictwa w wydarzeniach rodzinnych i spotkaniach ze znajomymi,

korzystania z rozrywek, a także z uprawiania hobby. Przewlekłe choroby układu oddechowego, albo raczej ich skutki, przekreślają możliwość pełnienia przez cierpiące na nie osoby szeregu dotychczas podejmowanych ról i przyczyniają się do wzrostu ich społecznej izolacji [3]. W trakcie postępu choroby osoba musi zwracać uwagę na coraz więcej czynników, które mogą przyczynić się do nasilenia problemów z oddychaniem. Są nimi między innymi: tłok, temperatura powietrza, pora dnia, dystans do pokonania. W zależności od zaawansowania choroby, osoby muszą poddawać się mniejszemu bądź większemu rygorowi zażywania leków, kontroli lekarskich i innych zaleceń związanych na przykład z dietą. Wraz z postępowaniem choroby pacjenci są zmuszeni do coraz większej bierności. W przypadku niestosowania się do zaleceń oraz niepodjęcia jakichkolwiek działań rehabilitacyjnych choroba prowadzi powoli nie tylko do pogarszania się stanu zdrowia somatycznego, ale także psychicznego. Dodatkowo, nieodwracalny na ogół charakter przewlekłych chorób układu oddechowego, u wielu chorujących wywołuje bezradność i rezygnację. Stany psychiczne, w jakie mogą popaść chorzy wywołane właśnie bezradnością i rezygnacją są przeszkodą w walce z chorobą. Pacjenta, który uwierzy w to, że z jego stanem zdrowia nie można nic zrobić i że w związku z tym nie jest w stanie funkcjonować, można uznać za pokonanego jeszcze zanim stadium choroby rzeczywście zmusi go do poddania się.

Współistnienie problemów psychicznych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego

Choroba przewlekła zazwyczaj nie występuje sama, ale towarzyszą jej inne procesy chorobowe. Niosą one ze sobą nie tylko kumulowanie się dolegliwości, ale także ich wzajemne nasilanie. Osoby z przewlekłymi chorobami płuc doświadczają problemów związanych z układem krążenia — rozwija się u nich tak zwane serce płucne [4]. Ponadto w przewlekłych chorobach układu oddechowego uwidacznia się wiele negatywnych konsekwencji w obszarze zdrowia psychicznego, do których należą spowolnienie psychomotoryczne i pogorszenie funkcji poznawczych związane z niedoborem tlenu we krwi oraz niedotlenieniem mózgu [5–7]. Problem ten dotyczy nie tylko pacjentów doświadczających niedotlenienia, na co wskazują wyniki badań [5, 6]. Obniżenie sprawności poznawczej dotyczy 22% pacjentów z ustabilizowaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POCHP) i 43% pacjentów, którzy doświadczyli zaostrzenia choroby. Przejawia się ono między innymi: pogor-

szeniem koordynacji wzrokowo-ruchowej, płynności słownej, procesów związanych z krótko- i długotrwałą pamięcią słuchową i wzrokową, pamięcią operacyjną, myśleniem abstrakcyjnym, wyobraźnią przestrzenną oraz koncentracją uwagi [7].

Szczególnie dobrze udokumentowane jest współwystępowanie z przewlekłymi chorobami układu oddechowego **zaburzeń lękowych i depresji** [3, 8–16]. Dane liczbowe obrazujące skalę występowania tych zaburzeń w omawianej populacji są jednak rozbieżne.

Rozbieżności te wynikają między innymi z metodologii poszczególnych badań — narzędzi wykorzystywanych do pomiaru stanu zdrowia psychicznego, liczebności badanych grup, zastosowanych metod statystycznych (w niektórych badaniach ograniczono się do podania statystyk opisowych). Badanie związków pomiędzy chorobami układu oddechowego a lękiem napotyka się na jeszcze jedną trudność metodologiczną, która dotyczy większości badań o tej tematyce. Wielu pacjentów pulmonologicznych zażywa leki, które mają działanie przeciwlękowe [8, 11], co sprawia, że niemożliwy jest pomiar rzeczywistego poziomu lęku. Niemniej jednak niezależnie od wspomnianych różnic procent pacjentów dotkniętych zaburzeniami lękowymi i depresją należy uznać za znaczny [10], ponieważ niekiedy sięga on prawie 50% tej populacji [1, 9, 14]. W jednym z polskich badań u chorych z ciężką lub bardzo ciężką postacią POChP stwierdzono współwystępowanie zaburzeń lękowych pod postacią zespołu lęku napadowego u 44,4% badanych osób, a depresji u 40% chorych, przy czym ich nasilenie nie miało bezpośredniego związku z ciężkością ani czasem trwania choroby. W tym samym badaniu stwierdzono, że objawy lękowe występują u tych pacjentów jako pierwsze, a objawy depresyjne, jeśli się pojawiają, to następują w dalszej kolejności [9]. Z przeglądu badań dokonanego przez Baturę-Gabryel [1] wynika, że problem zaburzeń lękowych dotyczy 8–67% pacjentów z POChP [3, 9, 14, 17].

Przyczyny pogarszania się stanu zdrowia psychicznego u pacjentów pulmonologicznych

Przyczyny rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego leżą w czynnikach biologicznych i psychosocjalnych.

Wśród **biologicznych przyczyn** pogarszania się stanu zdrowia psychicznego w tej grupie pacjentów wymienia się po pierwsze nadmierną przewlekłą aktywację cytokin prozapalnych [18], po drugie niedotlenienie związane z niewydolnością oddechową i chorobami sercowo-naczyniowymi,

które powoduje wspomniane już spowolnienie psychomotoryczne i pogorszenie funkcji poznawczych [7], ale także pogorszenie nastroju [11]. Po trzecie, wśród przyczyn biologicznych wymienia się działanie uboczne niektórych leków, na przykład sterydów systemowych [1] i podkreśla się, że stan emocjonalny pacjentów z POChP, którzy zażywają sterydy, z uwagi na ich wpływ na nastrój, powinien być monitorowany [11].

Wśród **psychosocjalnych przyczyn** zaburzeń zdrowia psychicznego w grupie pacjentów pulmonologicznych, ale też w innych grupach pacjentów przewlekłe chorych wymienia się brak wsparcia, trudną sytuację osobistą (rodzinną i materialną), bezsilność wobec objawów i skutków swojej choroby, negatywną percepcję aktualnej sytuacji życiowej. Wyniki niektórych badań porównawczych sugerują, że kobiety wydają się gorzej znosić skutki choroby — w przypadku takich samych parametrów funkcjonowania płuc, uzyskują one wyższe wskaźniki depresji, lęku, duszności niż mężczyźni [15].

Depresja jako problem zdrowotny współwystępujący z przewlekłymi chorobami układu oddechowego

Osoby cierpiące na przewlekłe choroby układu oddechowego są szczególnie narażone na doświadczanie depresji.

Z jednej strony mogą do niej prowadzić: silny, negatywny odbiór symptomów choroby — duszności i kaszlu oraz powiązanych z nimi konsekwencji, jakimi są zaburzenia snu, ograniczenie aktywności fizycznej [13]. Według niektórych badaczy depresja i pogorszenie funkcji poznawczych to dwie manifestacje tego samego mechanizmu — zakłóceń w działaniu mózgu spowodowanych anomaliami gazometrycznymi [11]. Z drugiej strony depresja może być skutkiem czynników psychicznych, między innymi określonego stylu radzenia sobie z trudnościami, nabytego jeszcze przed zachorowaniem, który sprawia, że objawy choroby są gorzej znoszone [16, 19]. Wyniki polskich badań pokazują, że u części pacjentów z POChP występują dezadaptacyjne style radzenia sobie z chorobą oraz mechanizmy obronne, które nie pomagają w zwalczaniu choroby, lecz dodatkowo pogarszają relacje z rodziną i światem zewnętrznym, co na zasadzie mechanizmu błędnego koła prowadzi do dalszych zaburzeń stanu zdrowia i jakości życia [9, 20]. W badaniu Potoczek i wsp. [9] wśród analizowanych pacjentów przeważała łagodna postać depresji oraz łagodna i średnio ciężka postać zespołu lęku napadowego. Odkryto

związki pomiędzy nasileniem depresji i stanów lękowych a stosowanymi **mechanizmami obronnymi**, które mogą wtórnie pogarszać relacje ze środowiskiem zewnętrznym, prowadzić do złej sytuacji społecznej (np. wycofania się z relacji społecznych i utraty wsparcia) oraz braku współpracy w leczeniu. Im cięższa była u pacjentów postać depresji, tym rzadsze korzystanie przez nich z dojrzałych mechanizmów obronnych — sublimacji, antycypacji czy stłumienia, a częstsze stosowanie projekcji (przypisywania innym własnych nieakceptowanych cech) czy odreagowywanie nieuświadomionych impulsów (*acting out*), które są zaliczane do mechanizmów niedojrzałych. Im poważniejsza była u nich postać zespołu lękowego, tym częściej stosowali oni projekcję, bierną agresję, dewaluację czy rozszczepienie, także zaliczane do niedojrzałych mechanizmów obronnych. Wykazano także, że im silniej odczuwali oni lęk, tym większe było u nich nasilenie katastroficznego sposobu interpretowania przez nich stanu zdrowia, mniejsze poczucie koherencji oraz gorsze funkcjonowanie rodzinne. W badaniu Lewandowskiej i wsp. [20] uwzględniono postać choroby i stwierdzono, że niezależnie od jej zaawansowania do nieefektywnych sposobów radzenia sobie z trudnościami/chorobą zalicza się **koncentrowanie na emocjach** polegające na analizowaniu złych stron własnego położenia i strat związanych z chorobą. Skutkiem takiego postępowania są najczęściej gniew i żal. Pod ich wpływem chorzy zamiast podejmować działania prewencyjne i dostrzegać inne bardziej pozytywne aspekty swojego życia skutecznie utwierdzają się w poczuciu beznadziejności i pogrążają w depresji.

Czynniki ryzyka depresji u pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego

W dobrym pod względem metodologicznym badaniu van Manen i wsp. [13] z grupą kontrolną wykazano, że pacjenci z poważną obturacją dróg oddechowych są w grupie szczególnego ryzyka rozwoju depresji, dlatego powinni znajdować się w polu oddziaływań zmniejszających objawy choroby i poprawiających ich psychiczne funkcjonowanie. U pacjentów z łagodną i umiarkowaną postacią POChP ryzyko takie nie występowało. Mimo to nie można mówić o istnieniu wprost proporcjonalnego związku pomiędzy stanem zaawansowania choroby a nasileniem depresji. Jak już wspomniano wcześniej, źródeł depresji należy szukać również w czynnikach indywidualnych. Za czynniki ryzyka rozwoju depresji w tej grupie pacjentów uznaje się: mieszkanie samemu, przewidy-

waną odwracalność wskaźnika FEV₁ (*forced expiratory volume in one second*), zakres doświadczanych objawów ze strony układu oddechowego i upośledzenie funkcji oddechowej. Mieszkanie samotnie uznaje się także za czynnik przyczyniający się do zwiększonej śmiertelności wśród pacjentów z poważną postacią POChP [21]. Brak wsparcia oraz niewłaściwe prowadzenie przez lekarza (tj. przedmiotowe traktowanie pacjenta i ignorowanie jego stanu psychicznego) i zmagania się z chorobą także mogą prowadzić do rozwoju stanów depresyjnych [9, 22, 23].

W omawianych badaniach nie wykazano natomiast bezpośrednich związków pomiędzy natężeniem objawów depresyjnych a wiekiem, płcią, rodzajem posiadanego ubezpieczenia (państwowe v. prywatne), wykształceniem, wartością wskaźnika FEV₁ i współwystępowaniem innych przewlekłych chorób somatycznych.

Zaburzenia lękowe jako problem zdrowotny współwystępujący z przewlekłymi chorobami układu oddechowego

Lękowi i zaburzeniom związanym ze szczególnie silnym przeżywaniem tej emocji poświęca się wiele uwagi między innymi dlatego, że przyczyniają się one po pierwsze do wycofywania się z życia społecznego wynikającego z obawy przed dusznościami (tego rodzaju lękiem jest agorafobia [14]), po drugie przyczyniają się do nieadekwatnej percepcji własnego stanu zdrowia i nierzadko do nadmiarowej reakcji na objawy choroby. Nadmiarowe odczuwanie duszności wywołane lękiem jest przyczyną takich skutków, jak: częstsze i dłuższe pobyty w szpitalach, intensywniejsze stosowanie leków, większe ograniczenie mobilności, trudności w wykonywaniu codziennych czynności, większa zależność od innych w zakresie opieki [3].

Czynniki ryzyka zaburzeń lękowych u pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego

Podatność na doświadczanie lęku, a przez to wzmószonych duszności, jest uwarunkowana wieloma czynnikami fizjologicznymi i psychologicznymi.

Wśród czynników fizjologicznych wymienia się nadwrażliwość chemoreceptorów pnia mózgu na niedobór tlenu i nadmiar CO₂ we wdychanym powietrzu [24–26], syndrom hiperwentylacji prowadzący do hipokapni wywołującej objawy lęku i duszności. Wśród poznawczych przyczyn wymienia się między innymi błędną interpretację sygnałów płynących z ciała [11]. Duszność sama w so-

bie nie prowadzi we wszystkich przypadkach do ataku paniki, czyli szczególnej postaci zaburzenia lękowego [8]. Poszukując różnic pomiędzy osobami doświadczającymi i niedoświadczającymi paniki badacze nie odnajdują ich w działaniu układu oddechowego u jednych i drugich [3, 8, 27]. Identyfikują natomiast wiele indywidualnych psychologicznych uwarunkowań tego zjawiska. Okazuje się, że u niektórych osób nawet błahy bodziec wywołuje hiperwentylację, która jest spostrzegana jako duszność, a sygnały płynące z ciała, obiektywnie niestanowiące zagrożenia, są identyfikowane jako alarm. Innymi słowy osoby te mają niski próg alarmowy duszności [24, 25]. Można wręcz powiedzieć, że pacjenci mający tendencję do reagowania lękiem sami nasilają u siebie ataki duszności. Odbierają swój stan zdrowia jako gorszy, niż mówią o tym medyczne wskaźniki funkcjonowania układu oddechowego. Jednak podobnie jak w przypadku depresji, nie istnieje prosty związek pomiędzy doświadczaniem lęku, w tym lęku napadowego, a stopniem zaawansowania choroby. Można natomiast mówić o osobowościowych uwarunkowaniach tendencji do reagowania wzmożonym lękiem w postaci wysokiego poziomu neurotyzmu i introwersji.

Istnieją dane empiryczne świadczące o tym, że osoby z POChP doświadczające paniki mają również **bardziej negatywne przekonania** na temat choroby, jej objawów i własnej sytuacji życiowej w porównaniu z osobami niedoświadczającymi paniki, mimo że funkcjonowanie ich układu oddechowego jest podobne. Podejrzewa się także, że osoby reagujące paniką interpretują duszność jako bardziej zagrażającą, co z kolei kształtuje w nich katastroficzne przekonania [8, 11]. Okazuje się także, że niektórzy pacjenci są szczególnie wrażliwi na bodźce płynące z zewnątrz, a więc duszność może u nich wywołać także na przykład odgłos świszczącego oddechu czy informacja fałszywie sugerująca nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu oddechowego [28].

Na wystąpienie zaburzeń lękowych szczególnie narażone są osoby, którym brakuje **poczucia kontroli** nad skutkami choroby, którym wydaje się, że duszność jest objawem, nad którym nie można w żadnej sposób zapanować, ani którego nadejścia nie da się przewidzieć [8]. Brak tchu nie pociąga za sobą paniki tak długo, jak jest kontrolowany bądź **wyduje się możliwy do kontrolowania**. Z tej właśnie przyczyny niedoświadczają paniki pływacy i nurkowie.

Z poczuciem braku kontroli i zagrożenia życia nieodłącznie wiąże się **stres**. Drogi oddechowe są tak samo reaktywną (reagującą na działanie autonomicznego układu oddechowego) częścią ludzkie-

go organizmu jak skóra czy system sercowo-naczyniowy, dlatego stres wywołuje zmiany w ich drożności [28]. Chronicznie stresujące wydarzenia życiowe prowadzą do zmian w układzie immunologicznym i do zwiększenia stanów zapalnych w drogach oddechowych. Natomiast w relacjach pomiędzy skutkami ostrego stresu a odpowiedzią układu oddechowego może pośredniczyć układ autonomiczny redukując wczesną odpowiedź układu na alergen [16]. Szczególnie dotyczy to osób chorujących na astmę.

Z poczuciem kontroli oraz ze stresem silnie wiąza się także **style radzenia sobie z negatywnymi emocjami i zdarzeniami**. Przekonanie, że nad chorobą nie da się zapanować, prowadzi do stosowania biernych, unikowych stylów radzenia sobie. Osoby stosujące te sposoby radzenia sobie narażają się na pogarszanie swojego stanu zdrowia psychicznego i somatycznego. Wynik badania Vögele i Leupoldta [14] wykazał, że więcej niż połowa pacjentów z POChP bez zaburzeń lękowych szuka pomocy w trakcie ostrych ataków duszności — przyjmuje zatem aktywną postawę wobec choroby, podczas gdy osoby z zaburzeniami lękowymi jej nie szukają — pozostają bierni. Badacze ci sformułowali wniosek że poszukiwanie pomocy można uznać za przejaw pozytywnej poznawczej bądź behawioralnej strategii radzenia sobie prowadzącej do wzmocnienia poczucia kontroli, a przez to przeciwdziałającej wzrostowi lęku i katastroficznym interpretacjom somatycznych doznań.

Jeszcze jednym czynnikiem, który może nasilać częstotliwość i skalę duszności są **skojarzenia**. Wielu pacjentów doświadcza duszności w konfrontacji z sytuacją, w której **spodziewają się objawów** [26]. Zaczynają oni odczuwać duszność w momencie, gdy zaobserwują w otoczeniu zjawiska, o których wiedzą, że mogą wywołać duszność, choć niekoniecznie zwężenie dróg oddechowych, na przykład ktoś w otoczeniu pali. Zaczynają także odczuwać duszność w sytuacjach, o których wiedzą, że mogą powodować duszność, na przykład podczas pobudzenia emocjonalnego. Jeśli pacjent nauczy się kojarzyć określone sytuacje z wystąpieniem ataku duszności, to niezależnie od funkcjonowania płuc, postaci choroby czy skłonności do reagowania lękiem, u takiej osoby może pojawiać się kaszel bądź poczucie duszności w szerokim spektrum sytuacji [29]. Lęk przed kolejnymi atakami paniki predysponuje osobę do doświadczania ich w przyszłości, ponieważ pozostaje ona w ciągłym stanie napięcia i stresu. Można powiedzieć, że boi się ona tego, że zacznie się bać. Pochłania to duże zasoby uwagi osoby, które poświęcane są na wypatrywanie okoliczności zwi-

stujących duszność, przez co jest ona w ciągłej gotowości do reagowania paniką. Mechanizm ten działa także w ten sposób, że osoba w obawie przed dusznością powstrzymuje się od wielu czynności, ma on zatem charakter samoograniczający i prowadzi do systematycznego wycofywania się chorego z różnych sfer aktywności. W wyniku generalizacji lęku coraz więcej sytuacji, obszarów funkcjonowania odbieranych jest jako potencjalnie zagrożające, czyli o wysokim ryzyku wystąpienia duszności na skutek warunkowania lękowego (kojarzenia różnych sytuacji z dyskomfortem, zagrożeniem) powstaje swoista sieć strachu zawierająca informacje o miejscach, stanach, sytuacjach i aktywnościach potencjalnie zagrożających, czyli obarczonych ryzykiem wystąpienia ataku duszności. Ta swoista lista zagrożeń nie musi mieć nic wspólnego z obiektywnymi czynnikami ryzyka jest raczej indywidualną psychologiczną mapą lęku powstałą na podstawie fałszywych interpretacji doświadczeń własnych pacjenta. Im jest ona rozleglejsza, tym większa częstotliwość i intensywność odczuwania lęku, tym częściej mogą występować ataki paniki, tym gorsza jest jakość życia. Zakładając, że reakcja lękowa jest nabyta i wyuczona (nabyta w drodze warunkowania) można przyjąć, że podlega ona modyfikacji poprzez zmianę dysfunkcjonalnych interpretacji i reakcji na nie.

Z uwagi na rolę interpretacji sygnałów płynących z ciała, w grupie ryzyka znajdują się także osoby, którym **brakuje rzetelnej informacji** na temat własnej choroby oraz wsparcia zarówno profesjonalnego, jak i ze strony najbliższych. I choć w przypadku osób chorych nie może być mowy o takiej kontroli nad oddechem jaką mają osoby zdrowe, to jednak wiedza na temat czynników wywołujących duszność, może uchronić pacjenta przed dokonywaniem niewłaściwej interpretacji objawów, a dzięki temu przed nieadekwatnymi reakcjami i wzmaganiem duszności w sytuacjach, które nie stwarzają zagrożenia. Innym słowy, wiedza taka chroni przed katastroficznym interpretowaniem własnej sytuacji [30].

Rola otoczenia pacjenta w procesie adaptacji do przewlekłej choroby

Sukces leczenia i rehabilitacji zależy w znacznym stopniu od zaangażowania pacjenta. Niestety często rola, jaką pacjent ma do odegrania we własnym procesie rehabilitacji, nie jest mu jasno komunikowana przez lekarza. Ponadto świadome podjęcie trudu rehabilitacji wymaga często zmiany dotychczasowego trybu życia. Wymaga to nie tylko silnej woli i determinacji samego chorego, ale

także stałego wsparcia najbliższych i umiejętnego prowadzenia ze strony lekarza. Rolą otoczenia chorego — rodziny, przyjaciół, lekarzy jest udzielanie wsparcia, wskazywanie choremu tych obszarów, w których mógłby aktywnie działać i potwierdzać w sobie poczucie skuteczności i kontroli. Oba te zasoby stanowią silny bufor chroniący przed utrwalaniem się negatywnych przekonań na temat własnej sytuacji. W przypadku bowiem, gdy negatywne przekonania zaczynają działać, powstaje mechanizm „kuli śniegowej” polegający na narastaniu pesymizmu i utwierdzaniu osoby w postawie rezygnacji, które pociągają za sobą pozbawianie także fizycznych sił do dalszej walki z chorobą.

Edukacja w zakresie stosowania leków, radzenia sobie w sytuacjach mogących wywołać duszność, powinna obejmować nie tylko samych chorych, ale także ich rodzinę. Fakt, że partnerzy osób cierpiących na poważne choroby somatyczne doświadczają porównywalnego stresu jak sami chorzy, został udokumentowany. W badaniach dowiedziono, że partnerzy osób chorujących na POChP doświadczają samotności i nastroju depresyjnego w stopniu porównywalnym do odczuwanego przez chorujących. W badaniu przeprowadzonym w Niemczech wśród partnerów osób chorujących na POChP występował istotnie podwyższony poziom depresji i zaburzeń lękowych. Badania wykazały także, że istotnym predyktorem jakości życia zależnej od stanu zdrowia u osoby chorującej (*health related quality of life*) jest poziom lęku jej partnera. Mamy więc do czynienia ze zwrotnym nasilaniem się objawów [31]. Stan zdrowia chorującej osoby odbija się na zdrowiu partnera, zaś jakość życia z chorobą w dużym stopniu zależy od samopoczucia partnera. Wyniki te przemawiają za koniecznością włączenia najbliższych w krąg osób, które powinny być objęte programami edukacyjnymi, a często także wsparciem psychologicznym.

Pomoc lekarza w adaptacji do przewlekłej choroby

Lekarze są w stanie pomóc swoim pacjentom w zmianie percepcji choroby, zwłaszcza w aspekcie, który dotyczy kontroli, ponieważ przekonania odnośnie kontroli i uleczalności choroby szczególnie wiążą się z bardziej adaptacyjnym zachowaniem [3]. Doświadczenie wskazuje, że pacjenci, jeśli dowiedzą się, jakie są długofalowe wymagania konieczne do przystosowania się do warunków życia zmienionych przewlekłą chorobą są w stanie przystosować się do niej z sukcesem. Osoby, które przezwyciężają negatywne konsekwencje choroby, w końcu przystosowują się do życia z nią,

a nawet uczą się znajdować dobre strony swojej aktualnej sytuacji. Aby stan psychicznej adaptacji do choroby nastąpił, niezbędne jest staniecie twarzą w twarz z faktem bycia przewlekle chorym i podjęcie wysiłku, by zmieniać życie [32]. Ważne, by lekarz umiał zdiagnozować, w jaki sposób pacjent przeżywa swój stan i umiał omówić z pacjentem jego oczekiwania odnośnie leczenia, po to, by oddzielić te realne od nierealnych.

Rolą lekarzy powinno być także edukowanie pacjentów na temat różnic pomiędzy rzeczywistym atakiem bądź jego zwiastunami a objawami indukowanymi przez czynniki psychiczne, aby zminimalizować prawdopodobieństwo rozwinięcia się u nich katastroficznych przekonań i negatywnego sposobu interpretowania symptomów. Jest to szczególnie ważne szczególnie w okresie, w którym zaczynają się pojawiać pierwsze zaostrzenia symptomów, ponieważ jak uważa Clark [30], twórca poznawczej teorii paniki, „jeśli podczas pierwszego ataku paniki, ktoś bliski lub lekarz da choremu jasne, niekatastroficzne wytłumaczenie doznań cielesnych, których doświadcza, rozwinięcie się negatywnego sposobu interpretowania i dalsze ataki jest mało prawdopodobne”. Innymi słowy — unikanie i dyskontowanie katastroficznych przekonań pojawiających się we wczesnej fazie doświadczenia nieprzyjemnych doznań fizycznych zmniejsza prawdopodobieństwo rozwinięcia się zaburzenia, jakim jest doświadczenie lęku panicznego [8].

Znaczenie dostrzegania przez lekarzy związków pomiędzy depresją, stanami lękowymi a chorobami układu oddechowego w procesie leczenia

O przebiegu choroby, zmniejszeniu ryzyka występowania zaostrzeń i hospitalizacji u pacjentów pulmonologicznych decyduje umiejętność stosowania się przez pacjenta do zaleceń lekarskich, zmiana nawyków zdrowotnych i stylu życia, włączenie się w rehabilitację oddechową, poprawa stanu emocjonalnego i fizycznego, przywrócenie optymalnego dla stanu zdrowia funkcjonowania [33].

Osoby zawodowo towarzyszące chorującym powinny dysponować wiedzą na temat psychicznych zjawisk współwystępujących z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, po to, aby w porę rozpoznać niepokojące sygnały depresji i zaburzeń lękowych, aby w porę skierować pacjenta do specjalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym. W związku z niepodważalnym faktem współwystępowania zaburzeń zdrowia psychicznego

u pacjentów z POChP i innymi przewlekłymi chorobami układu oddechowego (w zespole obturacyjnego bezdechu sennego [34], alergii oraz ich znaczeniem dla jakości życia i rokowań konieczne jest, aby opieka psychiatryczna oraz psychoterapia stały się stałym elementem leczenia w tej grupie pacjentów.

Bariery w rozpoznawaniu i leczeniu problemów psychicznych współwystępujących z chorobami układu oddechowego istnieją w pacjentach i lekarzach.

Na poziomie systemu opieki zdrowotnej niestety mamy do czynienia, jak się okazuje, nie tylko w Polsce, ze znikomym uczestnictwem opieki psychiatrycznej i psychologicznej w procesach leczenia chorób somatycznych [10].

Lekarze w postępowaniu lekarskim często kierują się głównie zdiagnozowaną chorobą, natomiast pomijają występowanie niewielkich zaburzeń natury psychologicznej. Nie dają się one zakwalifikować do żadnej jednostki chorobowej, a jednak w istotny sposób wpływają na funkcjonowanie pacjenta w codziennym życiu. Wciąż wielu lekarzy traktuje psychiczny stan pacjentów jako uboczny skutek choroby przewlekłej lub stosowanej farmakoterapii, z którym nic nie da się zrobić. por. [18]. Z kolei u pacjentów lęk przed stygmatyzacją powoduje przerywanie przez nich odczuwanych trudności psychicznych na karb choroby somatycznej.

Poprawa tego stanu rzeczy będzie możliwa wraz ze wzrostem świadomości lekarzy na temat psychosomatycznego wymiaru każdej choroby, a także wtedy, gdy ulegnie zmianie jakość komunikacji z pacjentem.

Ważne jest także, aby w procesie leczenia lekarze uwzględniali interakcje leków przepisywanych na daną dolegliwość fizyczną z lekami psychotropowymi, które mogą wzajemnie osłabiać swoje działanie, nasilać skutki uboczne i w efekcie skłaniać pacjenta do przerywania leczenia [18].

Brak leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego u pacjentów pulmonologicznych stanowi niestety niechlubną regułę. Diagnoza sytuacji jest alarmująca. Z danych zagranicznych wynika, że u pacjentów z POChP depresja i zaburzenia lękowe rozpoznawane są w mniej niż 40% przypadków [10]. Według danych amerykańskich niepokojący jest także fakt, że nawet jeśli pacjentom z POChP stawiana jest diagnoza psychiatryczna, to jedynie 31% z nich leczy się farmakologicznie [10], przy czym stwierdzono, że dla chorych z rozpoznaniem depresji wskaźnik ten jest jeszcze niższy — 6–13% [35]. W Polsce skala tego zjawiska niestety nie czekała się jeszcze analizy.

Problemem jest nie tylko postawa lekarzy, ale i postawa samych pacjentów. W jednym z badań angielskich aż 72% starszych pacjentów z łagodną i ciężką postacią POChP odmówiło brania leków antydepresyjnych [36]. Większość z nich nie widziała sensu takiej terapii w ówczesnym stanie zdrowia. Badacze upatrują źródła takiej decyzji w tendencji starszych osób do zaprzeczania symptomom depresji oraz w obawie przed etykietką osoby psychicznie chorej. Ponadto wytłumaczono to zbyt małą uwagą, jaką przykładają się do informowania pacjentów o potrzebie przepisывania antydepresantów. Niestety wciąż sukces rehabilitacji i leczenia kojarzy głównie się ze zdrowieniem fizycznym. Jeszcze jednym powodem, dla którego pacjenci mogli odmawiać przyjmowania leków psychotropowych, w opinii innych autorów [31], była i tak już duża liczba leków przyjmowanych w związku z chorobą podstawową. Pacjenci w takiej sytuacji często uznają, że wprowadzenie kolejnego medykamentu jest dodatkowym obciążeniem dla organizmu.

Za przedstawionymi danymi kryją się niewykorzystywane szanse na poprawę jakości życia i powrót do optymalnego funkcjonowania i pracy wielu osób w różnym stopniu dotkniętych przewlekłymi chorobami, dlatego należy podkreślać konsekwencje pomijania diagnozy psychiatrycznej w leczeniu chorób somatycznych.

Grożące chorem, z racji długotrwałego przebywania na zwolnieniach bądź utraty dotychczasowego zatrudnienia, wykluczenie społeczne czyni niezbędną obecność w takim zespole także doradców zawodowych.

Konieczność interdyscyplinarnej opieki nad pacjentami pulmonologicznymi

Pojawienie się objawów depresyjnych jest wyznacznikiem ciężkości stanu psychicznego pacjenta przeżywającego chorobę somatyczną. W skrajnych przypadkach może przyczynić się do zwiększenia ryzyka śmiertelności [37]. Myśli samobójcze w grupie pacjentów depresyjnych zdarzają się 70–90% częściej niż w innych grupach somatycznie chorych [7]. Z badań wynika, że pacjenci cierpiący na choroby somatyczne i współwystępujące problemy psychiczne są narażeni na większe ryzyko braku odpowiedzi na leczenie przeciwd depresyjne i częściej osiągają niepełne remisje w porównaniu z osobami zdrowymi somatycznie. Objawy depresyjne mają u nich tendencję do przechodzenia w stan chroniczny [18]. W związku z tym konieczne wydaje się połączenie interwencji psychiatrycznej ze wsparciem psychoterapeutycznym.

Oddziaływanie terapeutyczne

Wsparcie psychologiczne powinno być uzupełnieniem edukacji, jaką każdy pacjent powinien otrzymać na temat swojej choroby [14]. Wśród oddziaływań psychoterapeutycznych nakierowanych na zmianę procesów poznawczych i zachowań, szczególną skuteczność przypisuje się **terapii poznawczo-behawioralnej**. Skuteczność tej formy terapii została już wielokrotnie potwierdzona empirycznie, szczególnie w odniesieniu do zaburzeń lękowych [31]. Wykazano, że dwie godziny grupowej terapii poznawczo-behawioralnej mogą prowadzić do istotnej redukcji symptomów depresji i lęku, w porównaniu z grupą kontrolną, której zapewniono tylko edukację [14].

Polega ona między innymi na pracy z przekonaniami, zmienianiu percepcji własnego położenia, konfrontowaniu z sytuacjami, które wzbudzają lęk i uczeniu nowych zachowań w tych sytuacjach. Ponadto zwraca się w niej uwagę na wzmocnienie kompetencji w radzeniu sobie z chorobą, identyfikację nieefektywnych sposobów radzenia sobie, kreowaniu aktywnej postawy. Uczestnictwo w terapii daje możliwość identyfikowania i przełamывania pułapek w myśleniu o swojej sytuacji i zmienianie nawyków myślowych, które są szkodliwe.

Kolejną kwestią, w której pomoc psychoterapeuty może być potrzebna, jest uwolnienie pacjenta od poczucia winy, która często towarzyszy przewlekłym chorobom. Wpływa ono z myślenia, że zachorowanie jest wynikiem własnych zaniedbań. Jest to destrukcyjny sposób myślenia zwłaszcza w przypadku, gdy obiektywnie nie można było nic zrobić, by uniknąć narażenia na szkodliwe czynniki, które wywołały chorobę, jak na przykład narażenia na pył węglowy w przypadku górników kopalń węgla kamiennego. Dodatkowo poczucie winy wzbudza w chorych przekonanie, że są ciężarem dla swoich bliskich. Niekiedy chorzy obciążają siebie winą za trudności, jakich przysparzają rodzinie. Poczucie to może być szczególnie intensywne, gdy chory nie radzi sobie z okazywaną przez bliskich troską i zmartwieniem.

Wsparcie psychologiczne powinno być elementem każdego programu prewencyjnego mającego na celu edukację chorych i usprawnianie współpracy z jego lekarzem.

Dobroczynne skutki leczenia depresji są znane — osoba szybciej wraca do pracy, poprawia się jej postawa wobec rzeczywistości i samej siebie. Należy jednak podkreślić, że potrzebne jest zindywidualizowane podejście, dzięki któremu możliwa będzie dokładna diagnoza postaci tej choroby i odpowiednie leczenie farmakologiczne do mini-

mum ograniczające skutki uboczne interakcji zażywanych leków [38]. Czasami właściwe będzie zalecenie skorzystania z psychoterapii bądź też połączenie leczenia farmakologicznego i oddziaływania terapeutycznego [39]. Zwolennicy stosowania psychoterapii w leczeniu depresji mówią, że jej skuteczność niekiedy przewyższa skutki działania farmakologicznego, ponieważ wyposaża chorych w umiejętności, które pomagają im lepiej radzić sobie z chorobą i lepiej funkcjonować [40]. W każdym razie interwencja mająca na celu wyjście osoby z depresji niesie ze sobą wymierne skutki [41].

Poradzenie sobie z lękiem i depresją, przy udziale specjalistów — poprawia jakość życia, a zatem przyczynia się do lepszego funkcjonowania pomimo choroby.

Zakończenie

Wyniki badań wskazują na fakt, że nie tylko czynność płuc, ale **psychiczne samopoczucie, stan emocjonalny oraz możliwość kontynuacji codziennej aktywności** są wskaźnikami pozwalającymi przewidywać przebieg leczenia, dlatego monitorowanie czynności fizjologicznych i stanu narządów nie powinno być jedynym wyznacznikiem skuteczności zaleceń. Opieka psychologiczna i psychiatryczna nie może być pomijana nawet wtedy, gdy wydaje się, że problem dotyczy tylko ciała. W przypadku chorób układu oddechowego nie tylko należy zwracać uwagę na obiektywne wyniki funkcjonowania fizycznego pacjentów i odnośzenie tych wyników do norm spirometrycznych i gazometrycznych, ale należy także dowiedzieć się, w jaki sposób pacjent funkcjonuje na co dzień i jakie jest jego samopoczucie psychiczne.

Co więcej, leczenie nie będzie skuteczne, jeśli podejmowane będzie w stosunku do pacjenta, którego stan zdrowia psychicznego jest zły. Zły stan psychiczny, w tym depresja jest w stanie wpływać na postawę chorego wobec choroby i leczenia, niwecząc działania terapeutyczne i rehabilitacyjne.

W artykule skoncentrowano się na zaburzeniach zdrowia psychicznego w postaci depresji i stanów lękowych, ponieważ to głównie zły nastrój i lęk kształtują postawy wobec choroby, które skutkują:

- zwiększaniem subiektywnej uciążliwości symptomów;
- kształtowaniem postawy wobec leczenia i zachowaniami wynikającym z przyjętej postawy, między innymi:
 - nadużywaniem bądź nie braniem leków;
 - częstszymi wizytami u lekarza bądź zaniebywania wizyt kontrolnych;
 - częstszymi i dłuższymi pobytami w szpitalu;

- zwiększonym ograniczeniem aktywności życiowej i zwiększeniem zależności od innych w zakresie opieki;
- gorszym fizycznym i psychicznym funkcjonowaniem niekiedy prowadzącym nawet do niepełnosprawności [3, 14, 16, 42];
- większymi trudnościami w podejmowaniu i kontynuowaniu rehabilitacji.

Wobec tego lekarze zajmujący się przewlekłymi chorobami powinni mieć świadomość tego, jak sposób, w jaki pacjent przeżywa i interpretuje swój stan zdrowia przekłada się na jego postawy wobec leczenia. Umożliwi to osiąganie możliwie najlepszych efektów ich wspólnych działań.

Konflikt interesów

Autorki oświadczają, że nie mają powiązań ani finansowych zależności wobec żadnej organizacji lub kogokolwiek posiadającego bezpośredni finansowy wkład w przedmiot badań lub materiały badane w danej pracy (np. poprzez zatrudnienie, doradztwo, posiadanie akcji, honoraria).

Piśmiennictwo

1. Batura-Gabryel H. Zmniejszony ciężar przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (cz. II). *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2009; 77: 180–185.
2. Gysels M.H., Higginson I.J. Self-management for breathlessness in COPD: the role of pulmonary rehabilitation. *Chronic Respir. Dis.* 2009; 6: 133–140.
3. Howard C., Hallas C.N., Wray J., Carby M. The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behav. Res. Ther.* 2009; 47: 71–76.
4. Arnold R., Ranchor A.V., Koeter G.H., de Jongste M.J.L., Sanderman R. Consequences of chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure: the relationship between objective and subjective health. *Soc. Sci. Med.* 2005; 61: 2144–2154.
5. Derkacz M., Mosiewicz J., Myśliński W. Zaburzenia funkcji poznawczych u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Wiadomości Lekarskie* 2007; LX: 143–147.
6. Liesker J.J.W., Postma D.S., Beukema R.J. i wsp. Cognitive performance in patients with COPD. *Resp. Med.* 2004; 98: 351–356.
7. Talarowska M., Florkowski A., Galecki P. i wsp. Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych, lękowych oraz zaburzeń funkcji poznawczych wśród pacjentów cierpiących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Postępy Dermatologii i Alergologii.* 2009; XXVI: 201–205.
8. Moore M.C., Zebb B.J. The catastrophic misinterpretation of physiological distress. *Behav. Res. Ther.* 1999; 37: 1105–1118.
9. Potoczek A., Nizankowska-Mogilnicka E., Bochenek G., Szczeklik A. Związki pomiędzy zespołem lęku napadowego i depresją a mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem ciężkiej POChP. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42: 731–748.
10. Kunik M.E., Roundy K., Veazey C. i wsp. Surprisingly High Prevalence of Anxiety and Depression in Chronic Breathing Disorders. *Chest.* 2005; 127: 1205.
11. Mikkelsen R.L., Middelboe T., Pisinger C., Stage K.B. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord. J. Psychiatr.* 2004; 58: 65–70.
12. Patten S.B., Williams J.V.A., Lavorato D.H., Modgill G., Jette N., Eliasziw M. Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: longitudinal analyses in a general population cohort. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2008; 30: 407–413.

13. van Manen J.G., Bindels P.J.E., Dekker F.W., Ijzermans C.J., van der Zee J.S., Schade E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax* 2002; 57: 412–416.
14. Vögele C., von Leupoldt A. Mental disorders in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respir. Med.* 2008; 102: 764–73.
15. Di Marco F., Verga M., Reggente M. i wsp. Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity. *Respir. Med.* 2006; 100: 1767–1774.
16. Chetta A., Foresi A., Marangio E., Olivieri D. Psychological implications of respiratory health and disease. *Respiration* 2005; 72: 210–215.
17. Dowson C.A., Kuijer R.G., Town I.G., Mulder R.T. Impact of panic disorder upon self-management educational goals in chronic obstructive pulmonary disease? *Chronic Respir. Dis.* 2010; 7: 83.
18. Dudek D., Siwek M. Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria* 2007; 4: 17–24.
19. Hesselink A.E., Penninx B., Schlosser M.A.G. i wsp. The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD. *Qual. Life Res.* 2004; 13: 509–518.
20. Lewandowska K., Specjalski K., Jassem E., Słomiński J.M. Styl radzenia sobie ze stresem a funkcjonowanie emocjonalne u chorych na astmę. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2009; 77: 31–36.
21. Crockett A.J., Cranston J.M., Moss J.R., Alpers J.H. The impact of anxiety, depression and living alone in chronic obstructive pulmonary disease. *Qual. of Life Res.* 2002; 11: 309–316.
22. Hynninen K.M.J., Breivte M.H., Wiborg A.B., Pallesen S., Nordhus I.H. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. *J. Psychosom. Res.* 2005; 59: 429–443.
23. Kelly C., Lynes D. Psychological effects of chronic lung disease. *Nurs Times.* 2008; 104: 82–85.
24. Klein D.F. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: an integrative hypothesis. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1993; 50: 306.
25. Papp L.A., Klein D.F., Gorman J.M. Carbon dioxide hypersensitivity, hyperventilation, and panic disorder. *Am. J. Psychiatry.* 1993; 150: 1149.
26. Rietveld S., Houtveen J.H. Acquired sensitivity to relevant physiological activity in patients with chronic health problems. *Behav. Res. Ther.* 2004; 42: 137–153.
27. Livermore N., Butler J.E., Sharpe L., McBain R.A., Gandevia S.C., McKenzie D.K. Panic attacks and perception of inspiratory resistive loads in chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2008; 178: 7–12.
28. Rietveld S., Everaerd W., Van Beest I. Can biased symptom perception explain false-alarm choking sensations? *Psychol. Med.* 1999; 29: 121–126.
29. Rietveld S., Van Beest I., Everaerd W. Psychological confounds in medical research: the example of excessive cough in asthma. *Behav. Res. Ther.* 2000; 38: 791–800.
30. Clark D.M. A cognitive approach to panic. *Behav. Res. Ther.* 1986; 24: 461–470.
31. Kühl K., Schürmann W., Rief W. Mental disorders and quality of life in COPD patients and their spouses. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2008; 3: 727.
32. de Ridder D., Geenen R., Kuijer R., van Middendorp H. Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet* 2008; 372: 246–255.
33. Jassem E., Górecka D., Krakowiak P. i wsp. Zintegrowana opieka medyczna u chorych na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2010; 78: 126–132.
34. Gałęcki P., Florkowski A., Zboralski K., Pietras T., Szmraj J., Talarowska M. Psychiatryczne i psychologiczne powikłania zespołu obturacyjnego bezdechu sennego. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2011; 79: 26–31.
35. Koenig H.G. Predictors of depression outcomes in medical inpatients with chronic pulmonary disease. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2006; 14: 939–948.
36. Yohannes A.M., Connolly M.J., Baldwin R.C. A feasibility study of antidepressant drug therapy in depressed elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2001; 16: 451–454.
37. Ng T.P., Niti M., Tan W.C., Cao Z., Ong K.C., Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch. Intern. Med.* 2007; 167: 60.
38. Dewa C.S., Hoch J.S., Lin E., Paterson M., Goering P. Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. *Br. J. Psychiatry.* 2003; 183: 507–513.
39. Kocsis J.H., Schatzberg A., Rush A.J. i wsp. Psychosocial outcomes following long-term, double-blind treatment of chronic depression with sertraline vs placebo. *Arch. Gen. Psychiatry* 2002; 59: 723–728.
40. Hirschfeld R.M.A., Dunner D.L., Keitner G. i wsp. psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biol. Psychiatry* 2002; 51: 123–133.
41. Simon G.E., Revicki D., Heiligenstein J. i wsp. Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2000; 22: 153–162.
42. Reardon J., Casaburi R., Morgan M., Nici L., Rochester C. Pulmonary rehabilitation for COPD. *Respir. Med.* 2005; 99: S19–S27.